

病気・障がい証明書

令和7年度用

【病気・障がい】R6.9～

ATESTADO DE DOENÇA・PORTADOR DE DEFICIÊNCIA (ANO LETIVO 2025)

【DOENÇA・PORTADOR DE DEFICIÊNCIA】



裏面の記入要領を確認し、下記の該当する箇所を記入してください。
Preencher os itens correspondentes abaixo:

Campos a serem preenchidos pelo responsável	① 保護者記入欄	児童名 Nome da(s) criança(s)		生年月日 Data de nascimento			学齢 Idade Escolar		園名 Nome da creche		
				年 月 日 ano mês dia			歳児 anos		園 En		
				年 月 日 ano mês dia			歳児 anos		園 En		
				年 月 日 ano mês dia			歳児 anos		園 En		
		保護者氏名 Nome do responsável									
児童から見た保護者の続柄 Relação do responsável com a criança		☐ 1 父 1 Pai ☐ 2 母 2 Mãe ☐ 3 祖父 3 Avô ☐ 4 祖母 4 Avó ☐ 5 その他 (5 Outros ())									

Campos a serem preenchidos pelo(a) médico(a)	② 医師記入欄	項目	記入欄	
		医師が記入する場合		
		対象者氏名	児童から見た対象者の続柄 ☐ 1 父 ☐ 4 祖母 ☐ 2 母 ☐ 5 その他 () ☐ 3 祖父	
		生年月日	年 月 日	
		病名		
		対象者の病気の状況	上記の対象者は、上記の病気のため、児童の保育について、 ☐ 1 不可能と認める(入院を要するため)。 ☐ 2 短時間でも不可能と認める。 ☐ 3 療養のため、できるだけ避けたいほうが好ましい。	
		看護・介護の必要の有無	【保育できないと見込まれる期間】 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
		※下記参照	上記対象者について、看護・介護の必要は、 ☐ ない ☐ ある (常に介護を必要としないが、時々介護を要することがあると認める。) ☐ ある (常に介護・観察が必要と認める)	
		【介護を必要とする期間】※上記で看護・介護の必要があると記載した場合のみ記入 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
		上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 病院 (医院) 所在地: 病院 (医院) 名: 医師氏名: 電話番号:		

Campos a serem preenchidos pelo responsável.	③ 保護者申立欄	障がい者手帳がある場合 Caso possua a Carteira de Portador de Deficiência		
		対象者氏名 Nome do portador	児童から見た対象者との続柄 Relação do portador da Carteira com a criança	
		生年月日 Ano/mês/dia de nascimento	☐ 1 父 Pai ☐ 4 祖母 Avó ☐ 2 母 Mãe ☐ 5 その他 Outros () ☐ 3 祖父 Avô	
		添付書類 Documento(s) a anexar	添付する手帳にチェックを記入し、手帳のコピーを本書類にホチキス止めして添付してください。 Marcar o tipo de carteira, tirar a cópia e anexar neste documento pregando com grampeador. ☐ 身体障がい者手帳 (1級・2級・3級) ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 (A判定・B判定) ☐ Carteira de Tratamento de Portador de Distúrbios Mentais ☐ Carteira de Portador de Deficiência Física (grau 1, 2 e 3) ☐ Carteira de Portador de Deficiência Mental (estágio A ou B)	

※ 保護者が「病気・障がい要件」と「看護・介護要件」に該当し、双方を同一の医師が証明する場合の「看護・介護証明書」は、医師が証明した「病気・障がい証明書」と一緒に提出する場合に限り、保護者記入欄の記載のみのものでも有効とします (例: 母が病気で、父が母の看護をする場合)。ただし、「病気・障がい証明書」に「看護・介護の必要はない」と記載されている場合は、看護・介護要件には該当しません。

No seguinte caso, basta que o responsável preencha os campos do item (1) do formulário D. (Por exemplo: Caso o pai esteja cuidando da mãe enferma da criança) e enquadra-se simultaneamente nos requisitos de Doença・Portador de Deficiência e Assistência de Enfermagem・Cuidador e tem certificação emitida pelo mesmo médico. Exceto se, no Atestado de Doença・Portado de Deficiência constar que "não há necessidade da Assistência de Enfermagem・Cuidador".

園記入欄 Preenchido pela Creche	園コード	整理番号	学齢	歳児	受付日	令和 年 月 日
	提出理由	1. 入園希望 2. 要件変更 3. その他 ()				

【C 病気・障がい証明書 記入要領】

医師の方へ

この証明書は、こども園等の利用に当たり、児童の家庭状況を把握するためのものです。
この証明書の必要な箇所への記入をするか、同内容を具備する診断書等での証明をお願いします。

保護者の方へ

- ・適正管理のために、内容について確認場合があります。
- ・医師が記入した内容を保護者自身で訂正することはできません。
- ・証明内容に変更が生じた場合は、すみやかに園へ連絡してください。
- ・プライバシーに関する事項が記載されていますので、必要な方は封筒に入れるなどして提出してください。
- ・記入された内容は、入園基準の要件を確認する以外には使用いたしません。

【記入の流れ】

〈医師が記入する場合〉

1. 保護者が①保護者記入欄を記入する。
 2. 医師に②医師記入欄の記入を依頼する。
- ※②医師記入欄の記入を依頼する場合は、③保護者申立欄の記入は不要。

〈障がい者手帳がある場合〉

1. 保護者が①保護者記入欄を記入する。
 2. 保護者が③保護者申立欄を記入する。
 3. 障がい者手帳のコピーを本書類にホチキス止めて添付する。
- ※障がい者手帳のコピーを添付する場合は、②医師記入欄の記入は不要。

記入内容・方法については、以下のとおりとする。

〈①保護者記入欄〉

児童名

園名について、これから入園・転園を希望する場合は第一希望園名、既に在園している場合は在園名を記入する。

兄弟児の場合は、園児名欄に連名で記入する（複数枚の提出は不要）。ただし、途中入園申込みの際に在園児と新入園希望児がいる場合、在園児は園へ、新入園希望児は保育課へそれぞれ証明書を提出する（コピー可）。

保護者氏名

当該要件を該当させる保護者の氏名を記入し、当てはまる続柄を選択する。

〈②医師記入欄〉

保育ができないと見込まれる期間

「保育ができないと見込まれる期間」は病気等の完治日ではない。
※「保育ができないと見込まれる期間」は必ず始期と終期を記載すること。

介護・看護の必要の有無

対象者の看護・介護の必要性について、当てはまる項目にチェックを記入する。

介護を必要とする期間

看護・介護の必要性がある場合に記入する。
「介護を必要とする期間」は病気等の完治日ではない。
※「介護を必要とする期間」は必ず始期と終期を記載すること。

証明書発行機関の証明欄

医師が記入する（押印不要）。

〈③保護者申立欄〉

以下の障がい者手帳等がある場合は記入する。（②医師記入欄の記入は不要）

- ・身体障がい者手帳（１級・２級・３級のみ可）
- ・療育手帳（Ａ判定・Ｂ判定のみ可）
- ・精神障がい者保健福祉手帳

対象者氏名・生年月日

対象となる保護者の氏名・生年月日を記入する。

児童と対象者との続柄

児童と対象となる保護者の続柄にチェックを記入する。

添付書類

障がい者手帳等がある場合は、該当する手帳にチェックを記入し、手帳等の写しを本書類に添付する。

（問合せ先）豊田市役所 保育課 <直通> 0 5 6 5 - 3 4 - 6 8 0 9